CONSIDÉRATIONS

N° 263.

SUR

LA DOTHINENTÉRIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR CHARLES-EUGÈNE BONAMY, de Nantes,

Département de la Loire-Inférieure.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Président.*
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirugicale	MARJOLIN, *Examinateur.* / CLOQUET.
Pathologie medicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER, *Suppléant.* / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Suppléant.*	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau, *Examinateur.*
Dubled.	Velpeau, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA BONNE MÈRE.

A MES FRÈRES.

A MONSIEUR PALLOIS,

Docteur-Médecin à Nantes.

C.-E. BONAMY.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA DOTHINENTÉRIE.

Les travaux de MM. *Bretonneau*, *Louis*, *Andral*, *Chomel*, *Velpeau*, *Trousseau*, etc., ont jeté un grand jour sur les lésions anatomiques de cette maladie, dont depuis long-temps déjà les symptômes sont assez bien connus; mais au milieu de tant de recherches dirigées sur les fonctions de l'individu malade, puis sur ses organes après sa mort, les causes qui produisent de si grands désordres restent couvertes d'un voile qu'un petit nombre de médecins tâche de soulever, la plupart paraissant n'y attacher qu'une faible importance. C'est un grand tort d'étudier ainsi l'homme comme un être isolé, abstraction faite de ses rapports avec le monde extérieur : l'homme, le globe qu'il habite, tous les êtres qui l'habitent avec lui, liés entre eux, exerçant les uns sur les autres une influence continue, éprouvent ensemble une série de transformations dont la loi est le progrès. Exploitation de plus en plus sage et éclairée du globe, diminution des maladies de l'homme, sont deux faits qui toujours coïncident. Quelquefois le lien entre ces deux faits est patent pour nous, notre intelligence le saisit et en indique la loi. Ainsi un vaste marais existe aux portes d'une ville, la fièvre intermittente sévit, la santé des habitans se détériore de plus en plus ; les moyens employés pour com-

battre le mal, et employés avec raison, produisent une amélioration qui est nécessairement passagère, car ils n'agissent qu'un instant, la cause agit toujours. Mais qu'un législateur éclairé ordonne le dessèchement, que ce marais devienne un champ cultivé, aussitôt le fléau disparaît. Autre exemple : le scorbut, naguère si commun, si formidable dans les mers du Nord, alors que l'imprévoyance des gouvernans laissait entières les influences d'un air froid, continuellement chargé de brouillards, et y ajoutait encore celle d'une mauvaise alimentation, le scorbut est maintenant extrêmement rare, et si quelquefois encore nous le voyons exercer ses ravages, c'est là précisément où manque toute prévision sociale.

La grande part généralement attribuée dans la production des scrofules, et de la phthisie pulmonaire, à l'humidité atmosphérique, à l'absence de la lumière solaire, me dispense de prouver le fait. Or ces influences qui existent à un haut degré dans les habitations basses, humides, ouvertes sur des rues étroites, sont évidemment de nature à être bornées de plus en plus par l'action de l'homme; je suis donc autorisé à conclure que, par des soins hygiéniques bien dirigés, la phthisie et les scrofules deviendront de plus en plus rares, jusqu'à ce qu'enfin le globe en soit entièrement purgé. Dans bien d'autres cas, l'influence est encore manifeste et ne peut être niée; souvent aussi le lien nous échappe, mais alors notre impuissance nous indique une lacune à remplir, et nous devons y employer tous nos efforts. Chercher ardemment les rapports que l'homme doit établir avec ce qui est hors de lui, prévenir les maladies et les combattre, mais surtout s'attacher à les prévenir, voilà dans l'avenir le rôle du médecin. Et déjà maintenant, la tendance de quelques médecins à s'engager dans cette voie est nettement prononcée; plusieurs fois dans cette école, on s'est plu à faire ressortir aux yeux des élèves, des rapports intimes entre l'état du globe et la santé des hommes; mais ces rapports déjà connus sont encore peu nombreux ; il s'agit d'en chercher de nouveaux, d'en chercher toujours, car tout est lié, rien n'est isolé.

M. *Pelletan* est sans contredit un de ceux qui font le plus d'efforts pour lier les modificateurs extérieurs, à l'homme. Suivant lui, il n'y a pas unité de loi dans l'univers : les êtres vivans obéissent à une loi, les corps inertes à une autre; mais il ajoute (et ceci est important à noter) que cette dernière intervient dans quelques-uns des phénomènes des êtres vivans.

M. *de Blainville* va plus loin encore, il est convaincu que tous les phénomènes des êtres organisés rentrent dans les théories physiques, et il s'efforce de le prouver par ses observations.

Après cette digression sur les causes générales, j'arrive aux causes particulières de la dothinentérie; je suis loin d'avoir la prétention ni la puissance de dissiper l'obscurité où elles sont plongées, mais voyant une grande lacune à combler, j'ai cru devoir l'indiquer ici : des hommes plus instruits que moi viendront successivement la remplir.

Parmi les influences qui précèdent ordinairement le développement de la dothinentérie, il en est une qui me paraît dominer toutes les autres par sa fréquence : c'est l'arrivée récente dans une grande ville (en particulier à Paris); mais cette influence est évidemment très-complexe, bien des élémens la constituent; voici les principaux : 1°. Composition de l'air atmosphérique, 2°. alimentation, 3°. profession exercée par le nouveau venu, 4°. ses rapports sociaux, et par suite son état moral.

La part que prend un *air vicié* dans la production de l'entérite pustuleuse est mal déterminée. Les émanations résultant de l'entassement d'hommes vivans, surtout quand ils sont malades, produisent bien souvent le typhus; s'il était démontré que cette maladie, si rapprochée de la dothinenterie par ses symptômes, ne l'est pas moins par ses caractères anatomiques, il serait bien permis de préjuger par analogie que l'entassement est aussi propre à produire l'une que l'autre. Voici un fait cité par M. *Bretonneau* pour appuyer l'identité des deux maladies : « Je puis seulement affirmer, dit-il, que le docteur *Alisson*, professeur de jurisprudence médicale à Édimbourg, en voyant chez moi une collection de pièces anatomiques, qui offraient les phases successives

de la dothinentérie, reconnut dans celles où les lésions correspondent au vingt-sixième jour, une altération semblable à celle qu'il avait observée sur une jeune fille qui avait succombé à la fièvre épidémique, et dont la mort avait été causée par la perforation de l'iléon. » Cette fièvre épidémique d'Édimbourg était un typhus. M. *Bretonneau* cite encore un autre fait analogue.

L'air des *amphithéâtres de dissection* n'a pas, suivant M. *Andral*, beaucoup de puissance pour produire la dothinentérie, et il appuie son opinion sur ce fait, que parmi les étudians en médecine, la maladie atteint surtout ceux de première année, c'est-à-dire ceux qui, suffisamment occupés par l'étude des sciences physiques, se livrent fort peu à celle de l'anatomie.

Mais l'air n'offre pas seulement ces viciations partielles qui existent dans quelques points particuliers de la ville; il offre en outre une altération générale moins sensible, mais incontestable, dont la cause existe dans la putréfaction des matières végétales et animales.

Alimentation. Si l'usage prolongé d'une alimentation insuffisante a pour effet très-souvent de rendre bien plus graves les dothinentéries qui se manifestent dans cette condition (et cela est, je crois, hors de doute), il est difficile de ne pas admettre que cette influence portée à un plus haut degré soit susceptible aussi de produire la maladie. Quant à l'excès d'alimens ou de boissons, il est plus propre à produire une gastrite ou une entérite simple qu'une entérite folliculeuse.

Professions. Les différences de fonctions entraînent avec elles des différences dans les conditions de l'air, dans les rapports sociaux et dans l'état moral. L'influence des professions à ces différens points de vue a été examinée déjà, ou va l'être tout à l'heure; mais M. *Louis* a établi une autre distinction fondée sur le plus ou moins grand développement de forces physiques qu'elles exigent; il n'attribue pas à cette circonstance une grande part dans la production de la dothinentérie.

Un *travail intellectuel excessif* me paraît propre à développer la maladie qui nous occupe.

Rapports sociaux. Je suis porté à croire que leur action est puissante ; en effet, beaucoup de jeunes étudians, qui n'ont été soumis à aucune des causes précédentes, sont cependant frappés ; or, quels sont leurs rapports sociaux? En général, ils ont des amis qu'ils fréquentent, sans cependant vivre complètement avec eux ; un sentiment vague, mal défini de tristesse, tout à fait propre à développer une maladie, résulte souvent chez eux de cet isolement, de cette trop grande indépendance, qui est un état anormal pour l'homme destiné à vivre en société. Pour apprécier la valeur de cette influence, il serait intéressant d'observer si les élèves des colléges qui, vivant de la vie commune, ont à tout instant de la journée des relations entre eux ; d'observer, dis-je, s'ils sont atteints moins fréquemment. Il faudrait, dans ces observations, faire la part de l'âge, qui est loin d'être indifférent pour la production de la maladie : la différence des alimens viendrait encore compliquer la question. Le désordre fonctionnel le plus constant étant la prostration, il semble que l'*abus des plaisirs de l'amour*, comme tout ce qui épuise les forces, devrait aussi être une cause suffisante de dothinentérie. Cette vue n'a pas encore été justifiée par les faits.

Age. Rare dans l'enfance, plus commune dans l'adolescence, la dothinentérie attaque surtout les individus âgés de vingt à trente ans ; après trente ans, elle perd de sa fréquence ; et enfin chez les vieillards, il est presque sans exemple qu'on ait trouvé la lésion des follicules intestinaux, et cependant ils présentent souvent la forme symptomatique de la fièvre typhoïde ; mais alors la lésion anatomique n'est point dans l'intestin, on la trouve dans les poumons, dans les organes urinaires ; quelquefois elle est inappréciable pour nos sens, quoique existant sans doute ; car je ne conçois pas une modification dans les fonctions sans une modification matérielle coïncidente.

Constitution. La maladie attaque aussi souvent les hommes robustes que les sujets faibles.

Sexe. Le nombre des femmes qui entrent dans les hôpitaux de Paris, atteintes de dothinentérie, est de beaucoup inférieur à celui des hommes : cette différence a été très-notable l'hiver dernier dans les salles de M. *Chomel*, à l'Hôtel-Dieu. M. *Louis*, dans un service où étaient reçus à peu près autant d'hommes que de femmes, a trouvé le rapport 106 : 32. Mais le nombre des femmes qui viennent à Paris doit être bien moins considérable que celui des hommes ; cette circonstance doit avoir une grande influence sur le résultat. Il est une circonstance particulière aux femmes, qui, chez elles, paraît propre à produire la forme symptomatique de la fièvre typhoïde : ce sont, dans certains cas, les suites d'un accouchement difficile, mais cela sort de mon sujet; car alors la lésion matérielle n'est plus l'exanthème intestinal, souvent c'est la phlébite utérine.

Ici une grande question se présente : *La dothinentérie est-elle contagieuse?*

M. *Bretonneau* ayant saisi une ressemblance anatomique entre la variole et l'entérite pustuleuse ; ayant trouvé aussi une analogie dans la marche, analogie que je crois un peu exagérée (Voy. *Lésions anatomiques*), a conçu qu'elle devait s'étendre à d'autres circonstances : la variole est contagieuse; il a annoncé *à priori* que la dothinentérie devait l'être. Mais cela ne suffisait pas, il fallait appuyer sa conception sur des faits ; M. *Bretonneau* n'a pas reculé devant cette vérification : il a recherché toutes les occasions d'éclairer cette question importante, et elles ne lui ont pas manqué ; il voit une foule de dothinentériques, il s'enquiert avec le plus grand soin de toutes les circonstances, et toujours pour lui la maladie reste contagieuse. Parmi les faits qu'il rapporte, un des plus remarquables est l'épidémie observée à l'école de La Flèche en 1826 : son histoire est assez connue, pour qu'il soit tout à fait inutile d'en rendre compte dans cette thèse. Les épidémies observées aux environs du Château-du-Loir par M. *Gendron ;* celle de Nancy, rapportée par M. *Leuret*, viennent encore appuyer la proposition de M. *Bretonneau*. J'ai recueilli à l'Hôtel-Dieu de Paris (clinique de M. *Chomel*), une observa-

tion, mais une seule, qui milite encore en faveur de la même opinion.

Un jeune homme d'une constitution grêle séjourne depuis le mois de juillet 1830 à Paris, où il exerce l'état de tonnelier; il tombe malade le 31 décembre, entre le 11 janvier à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Madeleine), et présente les symptômes bien caractérisés de l'affection typhoïde. En même temps, un autre homme couché aussi dans la salle Sainte-Madeleine est à la fin de la même maladie; celui-ci, qui est entré à l'hôpital il y a un mois, nous apprend qu'il est le camarade du tonnelier dont il vient d'être question; qu'avant d'entrer à l'Hôtel-Dieu, il était couché avec lui dans le même lit. Après un mois de maladie, le tonnelier étant mort, on trouve au-dessus de la valvule iléo-cœcale un petit nombre de plaques d'un rouge noirâtre, érodées, ovalaires. Dans le gros intestin existent des ulcérations; quelques-unes, assez larges, se trouvent à la fin du colon; mais le rectum est comme criblé de trous d'une ligne de diamètre à peu près.

Comment concilier tous ces faits avec tant d'autres qui étayent l'opinion contraire? A Paris, la dothinentérie, loin de se répandre sur les divers membres d'une même famille, attaque bien plutôt les individus qui vivent seuls. Les étudians en médecine, souvent atteints, il est vrai, le sont surtout pendant la première année de leurs études, c'est-à-dire à l'époque où ils fréquentent le moins les hôpitaux. Que l'un d'eux tombe malade, ses amis ne le quittent plus; la nuit et le jour ils sont avec lui, dans une chambre souvent étroite, et ils restent bien portans. Pour éclairer la question, il serait important de comparer la fréquence relative de la dothinentérie chez les étudians en médecine et en droit, qui, sous le rapport de l'âge, des habitudes, de l'alimentation, se trouvent à peu près dans des conditions semblables.

Ce rapprochement, je crois, n'a pas encore été fait jusqu'ici; ce qui se passe dans les hôpitaux est peu favorable à l'opinion de la contagion. En effet, on ne voit point la maladie se communiquer d'un lit au lit voisin; il est très-rare qu'un individu, entré pour une autre

maladie, y contracte la fièvre typhoïde. Dans l'épidémie qu'il a observée à Rennes, et dont il rend compte dans les Archives de médecine, M. *Toulmouche* n'a point vu que la maladie fût contagieuse.

M. *Bretonneau* connaissant la plupart de ces faits, a dû chercher à les expliquer ; car, suivant lui, *à Paris la dothinentérie est contagieuse, nulle part elle ne l'est davantage.* Il attribue la dissidence qui règne entre lui et les médecins de la capitale à la multiplicité des influences dont le croisement fait oublier souvent aux malades celles qui ont le plus d'importance ; et il ajoute : « *Pour constater si la dothinentérie ne se transmet pas par contagion,* il faut invoquer les faits ; dans les cités populeuses, il ne faut pas les attendre, mais aller à leur recherche. » J'ai cité les opinions des auteurs et les faits dont ils les appuient ; je m'abstiens de porter un jugement, car pour le porter, il me manque la conviction ; je crois seulement pouvoir conclure de cette discussion que, si la dothinentérie est contagieuse, au moins l'est-elle à un faible degré.

Lésions anatomiques. La lésion constante, celle qui peut être regardée comme la manifestation matérielle de la maladie, existe dans les follicules intestinaux. Ces petits organes, très-peu apparens à l'état physiologique, présentent dans leur arrangement deux formes bien distinctes : les follicules isolés existent seuls dans l'estomac, dans le duodénum, dans la partie supérieure de l'intestin grêle et dans presque tout le gros intestin ; mais dans le cinquième inférieur de l'intestin grêle à peu près, et dans le cœcum, outre les follicules isolés qui, là, comme dans les points que j'indiquais tout à l'heure, occupent tout le contour du canal, on en trouve d'autres qui, groupés en grand nombre, constituent les plaques de *Peyer.* Ces plaques n'existent que sur celle des deux faces de l'intestin qui est opposée à l'insertion du mésentère, d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche davantage de la valvule iléo-cœcale. Au reste, je suppose connu l'état physiologique, et j'arrive à la description de l'état pathologique.

Je ne crois pas que jusqu'à présent on ait eu l'occasion de constater l'état des follicules avant le cinquième jour de la maladie ; mais M. *Bretonneau* a examiné les cadavres d'hommes morts au cinquième jour ; voici ce qu'il a trouvé : les plaques de *Peyer*, surtout celles qui étaient le plus près de la valvule iléo-cœcale, étaient très-tuméfiées, leur surface était peu inégale, leur longueur et leur largeur étaient augmentées. Les glandes de *Brunner* faisaient une légère saillie ; tel est l'état de l'éruption le cinquième jour. Si la mort a eu lieu quelques jours plus tard, de nouvelles plaques ont été envahies ; celles qui avaient été affectées les premières ont augmenté d'épaisseur et de longueur ; elles donnent à la portion d'intestin sur laquelle elles sont entées, une opacité remarquable. Les glandes de *Brunner* ont le volume d'un grain de chénevis à peu près. Il arrive un moment (suivant M. *Bretonneau*, c'est toujours le septième jour), où il ne se montre plus de nouvelles plaques ; cependant celles qui sont déjà développées augmentent encore, elles perdent leur poli, deviennent rugueuses, *gaufrées*. Bientôt la marche change, deux cas peuvent se présenter : quelquefois la résolution s'opère, et alors l'engorgement diminue par degrés, jusqu'à ce qu'enfin il disparaisse complètement, ou ne laisse plus que de légères traces ; mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. D'autres fois la lésion continue à faire des progrès, et l'ulcération est inévitable. Dans ce second cas, les points qui doivent s'ulcérer augmentent encore de volume, leur couleur devient de plus en plus foncée ; de légères érosions s'y manifestent ; un peu plus tard, les plaques sont remplacées en totalité ou en partie par des escharres, dont la couleur jaune paraît due à l'imbibition de la bile ; ces escharres, d'abord adhérentes, se détachent bientôt, et laissent à leur place des ulcères dont les bords renversés forment une saillie considérable ; il est probable que des ulcérations peuvent aussi se manifester sans gangrène antécédente. Après un certain temps, les bords s'affaissant, les ulcères perdent de leur profondeur et marchent vers la cicatrisation, dont la possibilité ne peut plus maintenant être mise en doute. Quand un individu, par une cause quelconque,

est mort pendant la convalescence d'une dothinentérie, voici ce qu'on trouve le plus souvent sur le cadavre : à la partie inférieure de l'iléon, le long de son bord convexe, il existe des places de différentes formes où la membrane muqueuse est remplacée par un autre tissu plus mince, dépourvu de villosités, adhérent à la membrane musculaire. Ce nouveau tissu, qu'on ne peut guère s'empêcher de regarder comme une cicatrice, est continu par ses bords avec la membrane muqueuse. Il interrompt, dit M. *Toulmouche* de Rennes, la continuité des valvules conniventes qui viennent aboutir aux bords de la cicatrice. Voilà ce qui a lieu quand le travail est achevé. A une époque moins avancée, M. *Louis* trouva près du cœcum *plusieurs ulcérations dont le pourtour était affaissé et dont le centre était tapissé par un feuillet extrêmement mince, comme séreux, continu avec le tissu sous-muqueux de la circonférence.* M. *Louis* cite un autre cas analogue.

M. *Andral* a quelquefois rencontré le fond des ulcères blanc, net, les bords affaissés. Cet état, suivant lui, est une condition favorable au développement prochain d'une cicatrice. Il est une autre disposition anatomique qui doit, au contraire, s'opposer d'une manière bien fâcheuse à sa formation, c'est le décollement des bords de l'ulcère : ce décollement a été observé assez souvent. Mais comment le reconnaître sur le vivant, et surtout comment y remédier?

Un accident bien plus formidable peut encore être la conséquence des ulcères intestinaux, je veux parler de la *perforation*. M. *Bretonneau* affirme qu'il n'a jamais vu dans cette maladie une perforation avoir lieu dans un point autre que ceux occupés par les follicules agminés ou isolés. MM. *Trousseau* et *Velpeau*, dans leurs nombreuses observations, n'ont rien trouvé qui démentît la proposition avancée par leur maître. Comme la tunique péritonéale s'enflamme avant de se perforer, il peut se faire qu'elle contracte des adhérences avec un autre point du péritoine : alors l'épanchement de matières dans la cavité de cette membrane n'a pas lieu, et le malade est préservé de la péritonite effrayante qui est toujours le résultat de cet épanchement.

M. *Bretonneau* assigne des périodes bien déterminées à ces altérations successives des follicules ; suivant lui, de nouvelles plaques peuvent être envahies jusqu'au septième jour, mais pas au-delà ; suivant lui encore, c'est au dixième jour que les plaques cessent de croître, quand la résolution doit avoir lieu, et au vingtième que cet heureux résultat est obtenu. Le onzième jour, quand la maladie doit parcourir toutes ses périodes, le tissu des plaques et des boutons est rougeâtre et déjà désorganisé. Le quinzième, l'escharre jaune existe très-adhérente encore. Le seizième, elle est facile à détacher ; les bords de l'ulcère qu'elle laisse à nu sont élevés et renversés. Le dix-septième, ils commencent à s'affaisser, la tendance à la cicatrisation est manifeste. Le vingt-cinquième jour, affaissement complet des bords ; ulcérations peu profondes ou déjà cicatrisées. Le trentième, elles le sont ordinairement toutes ; cependant cette terminaison se fait quelquefois attendre davantage. De cette marche régulière, de la particularité que paraît offrir la dothinentérie de n'attaquer le même individu qu'une fois dans le cours de sa vie, et de quelques autres considérations, M. *Bretonneau* tire la conséquence que la dothinentérie est une lésion de nature spécifique. Sans doute la succession de ces altérations a quelque chose de spécial qui ne permet guère de confondre la dothinentérie avec les autres inflammations ; la durée à peu près constante de la maladie, l'inefficacité presque complète de tout traitement, et en particulier des antiphlogistiques, sinon pour mitiger la maladie, au moins pour enrayer sa marche, comparée à l'effet merveilleux produit sur une entérite membraneuse par une application de sangsues ; tout cela établit, je crois, une ligne de démarcation tranchée entre la dothinentérie et une inflammation ordinaire. Mais les lésions suivent-elles imperturbablement, dans leur développement successif, la loi indiquée par M. *Bretonneau?* Je ne le pense pas. D'abord le travail d'ulcération ne commence-t-il jamais avant le dixième jour? Le fait suivant, que j'ai observé l'hiver dernier à l'Hôtel-Dieu, prouve que l'ulcération peut exister bien avant l'époque déterminée par M. *Bretonneau.*

Alexandre Caron, âgé de vingt-trois ans, d'une constitution ro-

buste, arrivé depuis un mois à Paris, où il exerce la fonction de clerc d'huissier, tombe malade le 16 janvier 1831 : les principaux symptômes sont une céphalalgie intense et la diminution des forces. Le 20 janvier, il est transporté en voiture à l'Hôtel-Dieu. Dans la nuit du 20 au 21, délire furieux. Le 21 à l'heure de la visite, le calme est un peu revenu; cependant par instans ses réponses ne sont pas justes; les mouvemens des yeux ne paraissent point dirigés par la volonté, A ces symptômes se joignent les suivans : coloration rouge de la face, peau chaude; pouls fort, large, fréquent; enduit brunâtre sec sur la langue; lèvres, gencives, dents fuligineuses; ventre tendu, un peu météorisé; selles peu liées; la pression détermine une douleur très-légère dans la région iliaque droite. Rien d'anormal du côté de la respiration; épistaxis. (Application d'eau froide sur la tête, petit-lait émulsionné, trois pots d'une solution de sirop de groseilles.)

Délire pendant toute la nuit du 21 au 22.

Le 22, urines involontaires. Du reste, même état que la veille. (Même prescription; de plus, trente sangsues derrière les oreilles; des cataplasmes sinapisés aux pieds.) Mort dans la journée du 22.

Nécropsie faite le 24. Substance blanche du cerveau piquetée. Ganglions mésentériques rouges, gonflés, ramollis. Au-dessus et près de la valvule iléo-cœcale sont trois grandes plaques de deux pouces de longueur sur dix lignes de largeur à peu près, ovalaires, ayant le grand diamètre dans le sens de la longueur de l'intestin; ces plaques blanches, lisses, formant une saillie de près d'une ligne, sont isolées à leur circonférence, de la surface intestinale, d'où résulte une espèce de crête tranchante. Dans l'espace de trois pieds au-dessus de la valvule, on trouve un assez grand nombre de plaques plus petites, légèrement rosées, et des boutons isolés (follicules de *Brunner*). Rougeur, sans ramollissement, de la portion de membrane muqueuse interposée entre les follicules. Le commencement du gros intestin présente aussi des plaques et des boutons; ceux-ci sont dans quelques points remplacés par de petits ulcères. Rougeur de la muqueuse gastrique au grand cul-de-sac seulement, aspect mamelonné du reste

de l'estomac; même aspect au commencement du duodénum. Rate volumineuse et molle. Poumons sains. Ainsi sur ce sujet, au septième jour de la maladie, on a trouvé dans l'intestin, non pas seulement le travail précurseur de l'ulcération, qui, suivant M. *Bretonneau*, ne commence que le dixième jour, mais de véritables ulcères.

Je lis dans l'ouvrage de M. *Louis* sur la fièvre typhoïde (1^er^. vol., p. 85) l'observation d'un maçon, âgé de dix-neuf ans, qui, mort au milieu du huitième jour, présenta à l'autopsie le ramollissement, le gonflement de plusieurs plaques et d'un grand nombre de follicules de *Brunner*. Parmi ceux-ci plusieurs étaient déjà ulcérés.

Ces deux observations, rapprochées l'une de l'autre, me faisaient conjecturer que la marche de la lésion était moins rapide dans les plaques que dans les cryptes isolés; mais dans le même ouvrage de M. *Louis*, immédiatement après l'observation dont je viens de rendre compte, j'en trouve une autre qui ne prête point appui à mon hypothèse : le sujet de cette observation (la douzième) était un jeune homme de vingt-deux ans, qui, mort aussi au huitième jour, présenta dans l'iléon un grand nombre de plaques rouges, épaisses, ramollies; une d'elles seulement ulcérée. Il faudrait de nouveaux faits pour appuyer ou renverser cette supposition. Au reste, il n'est pas bien important de savoir si l'altération fait des progrès plus rapides dans les follicules isolés ou dans les plaques; ce qui importe le plus, c'est de constater que des ulcérations peuvent exister avant l'époque indiquée par M. *Bretonneau*. D'un autre côté, elles peuvent aussi se montrer beaucoup plus tard. Parmi un assez grand nombre d'observations où cette proposition se trouve vérifiée, j'en rapporterai trois que j'extrais de la Clinique de M. *Andral* : 1°. Dans la sixième observation du troisième volume, il est parlé d'un homme de cinquante-cinq ans qui mourut du vingt-cinquième au trentième jour de la maladie. A l'autopsie on trouva, dans l'étendue d'un pied et demi au-dessus de la valvule, des élevures oblongues, rouges, sans traces d'ulcérations. 2°. Un serrurier, âgé de vingt-quatre ans, après avoir offert tous les symptômes de l'affection typhoïde, succombe le trente-

unième jour. L'intestin grêle, dans l'étendue d'un demi-pied au-dessus de la valvule, présente de nombreuses élevures blanches, entourées d'un tissu de même couleur; la surface de ces élevures est comme rugueuse, inégale; leur forme est oblongue; il n'existe aucune trace du travail qui précède ordinairement l'ulcération. Dans ce second cas, on ne peut pas admettre davantage que les plaques aient marché vers la résolution suivant la loi donnée par M. *Bretonneau;* car s'il en était ainsi, il ne devrait rester tout au plus que de légères traces de la maladie. 3°. L'homme qui fait le sujet de la quinzième observation, est un carrier âgé de vingt-huit ans, qui ne mourut qu'au quarante-sixième jour de la maladie. Plusieurs plaques présentaient, en quelques points de leur surface, des ulcérations dont le fond était constitué par le tissu lamineux; d'autres étaient transformées totalement ou partiellement en un tissu jaunâtre, tout à fait semblable à une escharre par l'ensemble de ses propriétés physiques; mais plusieurs, qui s'élevaient d'une à deux lignes au-dessus du niveau de la muqueuse, étaient rouges, sans destruction de cette membrane; les cryptes étaient seulement gonflés.

Ces faits prouvent, je crois, suffisamment que le travail d'ulcération peut se manifester après et même assez long-temps après l'époque indiquée; on ne peut pas refuser cette conséquence, à moins de reconnaître que l'éruption de nouvelles plaques peut encore avoir lieu au-delà du septième jour; cela est possible, je crois même qu'il en est ainsi; mais dans cette supposition, la loi se trouve encore en défaut. Quoi qu'il en soit, elle s'applique à un bon nombre de faits; dès-lors elle est utile, et nous devons la recevoir jusqu'à ce qu'une nouvelle théorie plus complète, embrassant plus de faits, vienne à être produite; ce qui aura lieu sans aucun doute, car les théories sont progressives comme l'humanité qui les découvre.

Dans la dothinentérie, l'état de la membrane muqueuse interposée entre les follicules engorgés ou ulcérés, n'offre rien de constant : quelquefois nous n'y trouvons aucune altération; assez souvent elle offre autour des plaques, des auréoles rouges de peu de largeur; d'autres fois elle est uniformément enflammée, et cette inflammation peut

offrir tous les degrés de rougeur, de ramollissement, de tuméfaction qu'on trouve dans l'entérite simple.

Le *duodénum* et les quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle sont rarement affectés.

Le *gros intestin*, à sa partie la plus voisine de l'intestin grêle (le cœcum), présente, comme je l'ai déjà dit, les mêmes altérations que l'iléon dans sa portion inférieure; ordinairement les plaques y sont moins nombreuses. Dans le reste du gros intestin, on ne trouve plus que des pustules isolées ou de petites ulcérations arrondies, et entre ces points malades, la membrane muqueuse peut être saine ou altérée de mille manières différentes.

L'état de l'*estomac* n'est pas moins variable : ici c'est une dilatation variqueuse des vaisseaux sous-muqueux; là c'est une rougeur pointillée ou uniforme de la muqueuse elle-même; assez souvent un ramollissement de cette membrane, plus rarement son ulcération, parfois une altération particulière, qui donne à la surface interne du viscère une forme mamelonnée; chacune de ces modifications pouvant coïncider avec la même disposition des follicules, il a été impossible jusqu'à présent de bien saisir aucune dépendance entre les deux phénomènes.

Une lésion bien autrement constante est celle des *ganglions mésentériques;* je ne crois pas qu'elle ait jamais manqué dans aucun des cas où j'ai pu observer l'entérite folliculeuse. Voici d'une manière générale la marche des altérations qu'éprouvent ces organes : quand la mort avait eu lieu le cinquième jour après le début de la maladie, on les a trouvés rosés, ramollis, de la grosseur d'une petite noisette. La rougeur, le ramollissement, le gonflement augmentent, jusqu'au dixième jour, puis le volume diminue, la rougeur restant la même; et si la résolution de l'exanthème s'opère, la coloration des ganglions persiste assez long-temps encore. Si la dothinentérie poursuit sa marche, le tissu des ganglions mésentériques se ramollit de plus en plus, se réduit en une espèce de bouillie d'une couleur lie de vin; quelquefois il devient le siége de collections purulentes.

La *rate* est presque toujours affectée dans la maladie qui nous occupe, et d'une manière identique : augmentation souvent énorme de son volume, diminution non moins sensible de sa consistance, voilà la règle générale; les exceptions à cette règle sont très-rares. M. *Louis*, sur le grand nombre de dothinentériques qu'il a ouverts, a trouvé la rate saine quatre fois seulement; dans ces quatre cas, la mort était survenue à une époque avancée de la maladie; or, on sait que la rate est d'autant plus grosse, son tissu d'autant plus diffluent que la lésion des follicules est plus récente.

Organes de la respiration. La membrane muqueuse bronchique présente très-souvent des traces d'inflammation; le parenchyme pulmonaire est lui-même fréquemment altéré. Sur les sujets chez qui, pendant la vie, des symptômes de pneumonie étaient venus (ce qui n'est pas rare) se joindre à ceux de l'affection typhoïde, ce parenchyme a offert une altération un peu différente de la pneumonie; il était ramolli, comme pultacé.

D'après l'intensité des désordres nerveux, il est difficile de croire qu'il n'existe pas une modification coïncidente dans la structure du *cerveau* ou de la *moelle épinière;* mais nos sens sont bien souvent impuissans à nous la faire connaître. La plénitude des sinus, l'injection des membranes, leur friabilité, les épanchemens séreux, les ramollissemens du cerveau, sont les lésions qu'on a le plus fréquemment observées. Les centres nerveux organiques ont été souvent examinés par M. *Andral:* une seule fois il a trouvé le ganglion semi-lunaire un peu rouge.

Appareil salivaire. Il arrive souvent que le tissu cellulaire interposé entre les lobules de la parotide s'enflamme, s'infiltre de pus et devient le siége d'un véritable abcès. Les mêmes lésions se montrent aussi dans la glande sous-maxillaire, mais elles y sont bien moins communes.

La rougeur de la face interne du *cœur* et des *vaisseaux* a été donnée

comme un caractère des fièvres graves ; mais il résulte d'un relevé fait par M. *Andral* à ce sujet : 1°. que cette rougeur n'est pas plus commune après la dothinentérie qu'après une maladie quelconque ; 2°. que deux circonstances influent bien plus sur cette coloration, que la nature de la maladie ; ces deux circonstances, qui n'agissent qu'après la mort, sont : l'élévation de la température et le temps qui s'écoule entre la mort et l'autopsie. On n'a jusqu'ici trouvé dans le sang des dothinentériques aucune altération constante ; de nouvelles recherches à ce sujet seraient, je crois, d'une grande importance.

De tout ce qui précède, on peut conclure que, avec la lésion des follicules intestinaux, les modifications les plus constantes se trouvent dans les ganglions mésentériques et dans la rate.

Symptômes, diagnostic, prognostic. La dothinentérie peut se manifester à l'extérieur sous des formes bien variées, et c'est là une des raisons pour lesquelles elle a dû recevoir tant de noms différens : la *fièvre maligne* de Morgagni, la *putride* de Stoll et de Quarin ; la *fièvre glutineuse* de Sarcone, les *fièvres muqueuse, ataxique, dynamique* de Pinel, nous révèlent le plus souvent la lésion des glandes de *Peyer ;* il en est encore ainsi, dans un grand nombre de cas, des *fièvres bilieuse* et *inflammatoire.* Le passage si fréquent d'une de ces fièvres à l'autre a fait soupçonner entre elles une analogie que les recherches d'anatomie pathologique ont mise hors de doute ; mais, à chacune de ces variétés dans les symptômes correspond-il constamment une différence dans les caractères anatomiques ? Je suis trop convaincu du lien réciproque qui unit l'organe à la fonction, pour hésiter un seul instant ; oui, sans aucun doute, cette différence existe dans tous les cas, soit que déjà nous ayons pu l'apprécier, soit qu'au contraire l'insuffisance actuelle de nos moyens ne nous permette pas de la constater encore. Jusqu'ici on est arrivé à ce résultat général, que la gravité des symptômes est en rapport avec le nombre des follicules engorgés ; mais il existe de nombreuses exceptions à cette loi. On a vu encore que, sauf des exceptions, les sym-

ptômes d'adynamie avaient été plus prononcés chez les individus dont l'intestin présentait, après la mort, des ulcérations, que chez ceux dont l'éruption était à la première période.

Je n'ai pas l'intention de donner ici un tableau complet de chacune des formes de la dothinentérie; toutes ont été décrites sous différens noms par les anciens pathologistes, exclusivement occupés alors de la forme symptomatique, avec une vigueur et une vérité qu'aujourd'hui encore il serait peut-être difficile de surpasser; pour moi, je n'entreprendrai pas cette tâche; je me bornerai à une simple énumération des principaux symptômes, avec quelques indications, autant que possible, de leur valeur pour le diagnostic et le prognostic.

La *céphalalgie* est souvent le premier symptôme; elle est beaucoup plus constante, plus intense, plus tenace dans la dothinentérie qu'elle ne l'est dans l'entérite ordinaire et dans la gastrite; à une certaine époque de la maladie, cependant (vers le huitième ou le dixième jour à peu près) la douleur de tête disparaît, ou au moins le malade n'en accuse plus la présence.

Avec ce premier symptôme, on voit souvent, dès le début, survenir des *vertiges*, des *tintemens d'oreille*, des *éblouissemens*. Ces trois phénomènes ont lieu surtout quand le malade se tient dans la position verticale, et se perpétuent pendant toute la durée de la maladie, autant de temps au moins que le malade conserve assez de force pour être placé à son séant.

Stupeur de la face. Nulle au début dans le plus grand nombre des cas, devenant, au contraire, à une période plus avancée, le symptôme le plus constant, cette immobilité des traits, qui donne aux malades atteints de fièvre typhoïde une physionomie toute particulière, frappe le médecin dès l'abord, et jette une grande lumière sur le diagnostic.

La *diminution des forces musculaires*, très-sensible dès le début, est un signe précieux; car à cette époque l'absence possible des autres symptômes les plus importans, si celui-là manquait aussi, pourrait en-

traîner de graves erreurs. A mesure que la maladie fait des progrès, cet affaiblissement de la contractilité musculaire devient de plus en plus prononcé, et explique suffisamment la constance du décubitus dorsal. Le tremblement de la langue, quand le malade veut la faire sortir de la bouche, est encore un des mille aspects sous lesquels s'offre l'altération de la contractilité.

Le *délire*, symptôme grave, se présente dans la dothinentérie sous deux formes bien distinctes : quelquefois violent, il se révèle par des cris, des pleurs, des lamentations, une agitation continuelle. Cette forme, la moins commune, s'est surtout montrée, suivant la remarque de M. *Louis*, chez les individus qui devaient mourir à une époque peu avancée de la maladie; plusieurs fois j'ai pu constater la vérité de cette proposition, et en particulier chez Alexandre Caron. (Voy. *lésions anatomiques.*) Bien plus souvent, le délire est tranquille, le malade exprime des idées qui n'ont aucune liaison entre elles, ses réponses sont sans justesse; quelquefois cependant on parvient à fixer son attention, et on obtient par intervalles des réponses raisonnables. Le trouble de l'intelligence n'est manifesté chez un grand nombre de malades que par une ignorance complète de la gravité de leur mal, dont chaque jour ils annoncent la guérison au médecin. Cette sécurité, quand les symptômes n'ont rien perdu de leur intensité, est un phénomène fort grave.

Le *sommeil* manque souvent au commencement de la maladie, ou bien il est troublé par des rêves.

L'*assoupissement*, caractère presque constant dans la dothinentérie, se montre ordinairement avant le délire, presque jamais cependant dès le début. Quand on réveille le malade, ce qui est quelquefois difficile, il paraît préoccupé; ses réponses se font attendre, elles sont brusques, assez souvent justes. L'assoupissement peut être porté à un plus haut degré, et constituer le *coma*. Le délire et la somnolence se montrent souvent alternatifs.

Les *convulsions*, les *soubresauts des tendons*, la *carphologie*, n'appa-

raissent guère que dans la dernière moitié de la maladie, et surtout à sa fin.

La *surdité* n'existe point au début; elle est au contraire très-commune à une période avancée de la maladie.

Les yeux sont *ternes, pulvérulens, sans expression.* Ces modifications de l'état des yeux sont, en général, proportionnelles au degré de stupeur. Le strabisme est un phénomène peu commun dans la dothinentérie.

Des *pétéchies* (petites taches lenticulaires, ordinairement rosées, quelquefois plus pâles, d'une demi-ligne à deux lignes de diamètre). apparaissent très-fréquemment sur différens points de la peau, mais surtout à la portion sus-ombilicale de l'abdomen, et à la partie inférieure du thorax. Elles font sur la peau une saillie tellement légère, que l'œil ne l'aperçoit pas, et que le toucher seul peut la révéler. Elles se montrent à des époques trés-variées.

Entre l'existence des pétéchies, d'une part, leur nombre, leur couleur, l'époque de leur apparition, et d'autre part la gravité de la maladie, sa durée, on n'a jusqu'à présent pu saisir aucun rapport, de sorte que cette éruption éclaire peu le prognostic.

Les *sudamina* sont des vésicules extrêmement petites, qui, après un ou deux jours d'existence, se flétrissent et disparaissent; on en trouve quelquefois sur la poitrine, sur le ventre, mais bien plus souvent au cou et sous les aisselles. Ce que j'ai dit des relations entre l'éruption pétéchiale et la gravité de la maladie, s'applique également aux sudamina.

L'apparition de *gerçures* sur différens points de la peau et à l'origine des membranes muqueuses, quand elle a lieu dans le cours d'une maladie aiguë, est un indice rarement trompeur de la lésion des glandes de *Peyer.* Outre ces lésions partielles qui se montrent sur quelques points de la peau, cette membrane offre des modifications plus générales qui portent sur son exhalation et sur sa température; elle est le plus souvent sèche, brûlante; sa chaleur peut être telle, que le médecin qui la touche éprouve une sensation douloureuse. C'est

surtout vers la fin de la maladie qu'on trouve la peau froide, couverte d'une sueur visqueuse. Ce phénomène coïncide avec la petitesse, la lenteur du pouls, et avec un grand développement des symptômes nerveux.

L'*épigastre* et la *région iliaque droite* sont quelquefois douloureux au commencement de la maladie, presque jamais à une époque plus avancée. La *diarrhée* existe pendant toute la durée, sauf des exceptions; mais elle n'est pas très-abondante, à moins que la membrane muqueuse interposée entre les plaques ne soit affectée. Les *évacuations involontaires de l'urine et des matières fécales* sont dans un rapport à peu près constant avec l'intensité des désordres cérébraux; par suite de cette liaison, elles sont un symptôme grave, et, de plus, elles augmentent elles-mêmes le danger de la maladie, l'inflammation que le contact des matières produit sur la peau se terminant souvent par gangrène.

Les *selles sanguinolentes* survenant pendant le cours de l'entérite pustuleuse sont encore un symptôme fâcheux.

Le *météorisme* se montre tard, accompagnant le plus souvent les symptômes adynamiques. Il est précédé d'un autre état du ventre qu'il est bon de noter : je veux parler de la *bouffissure*.

La *langue* se présente dans des états bien différens : ordinairement rouge, je l'ai vue d'une pâleur remarquable, et cette décoloration coïncidait avec un pouls petit et lent, avec une peau froide, et avec des symptômes cérébraux fortement prononcés. La relation qui existe entre ces quatre symptômes dans les fièvres graves est d'autant plus facile à saisir, qu'ils peuvent se modifier plusieurs fois dans le cours de la même maladie; je me rappelle en particulier avoir vu un jeune homme atteint de dothinentérie, chez qui les symptômes nerveux présentèrent quatre ou cinq fois des exacerbations remarquables; à chacune d'elles le pouls, la peau, la langue, se modifiaient avec une facilité surprenante. La langue est souvent *collante* dès les premiers jours; c'est là un premier degré de sécheresse; mais bientôt celle-ci devient complète, et alors la langue peut se présenter rouge, lisse, dure comme

un parchemin à sa surface supérieure. D'autres fois un enduit épais s'est desséché sur cette surface, d'où résultent des croûtes de couleurs variées, souvent d'un jaune brunâtre. L'enduit noir qui se montre dans d'autres circonstances, et les croûtes qui le remplacent, paraissent être le résultat d'une exhalation sanguine. L'enduit desséché, quelle que soit sa couleur, est souvent fendillé; des gerçures se montrent parfois sur la membrane qu'il recouvre. L'arrière-bouche dans la dothinentérie offre souvent des traces d'inflammation. La déglutition est pénible.

Les *épistaxis* peuvent avoir lieu à toutes les époques. Au commencement, elles paraissent produire une amélioration; plus tard, au contraire, on les voit coïncider avec une faiblesse extrême, soit comme cause, soit comme effet. Le pouls, dur au commencement, devient petit, mou, dépressible dans les derniers temps de la maladie. J'ai déjà parlé ailleurs de la relation qui existe entre l'état du pouls et l'intensité des symptômes cérébraux : je n'y reviendrai pas.

Respiration. Pendant presque tout le cours de la maladie, l'auscultation fait reconnaître, dans beaucoup de points de la poitrine, un râle sibilant ou sonore, plus rarement muqueux; la toux, des crachats muqueux étoilés, contenant souvent des stries de sang, qui viennent évidemment du nez, annoncent, avec le rhoncus entendu dans la poitrine, l'existence d'une bronchite, complication presque constante de la dothinentérie. La dyspnée est peu considérable et nullement en rapport avec le grand nombre de points où le râle se fait entendre; cette disproportion suffirait pour écarter l'idée d'un catarrhe ordinaire, et pour faire soupçonner l'affection typhoïde. Mais une lésion plus grave vient souvent augmenter le danger de la maladie, c'est l'inflammation du parenchyme pulmonaire lui-même, lésion dont, dans beaucoup de cas, l'auscultation seule peut nous annoncer l'existence.

L'inflammation, puis la suppuration du tissu cellulaire interposé entre les lobules de la glande maxillaire, et surtout de la parotide;

les gangrènes qui surviennent à la région sacrée ou aux régions trochantériennes, augmentent beaucoup la gravité de la dothinentérie. Un autre accident plus fâcheux, presque toujours funeste, consiste dans la perforation de l'intestin. Cet accident peut survenir même dans le cours de la fièvre la plus bénigne en apparence; un frisson violent, une douleur atroce, l'altération de la face, les vomissemens et les autres symptômes de la péritonite éclairent le médecin sur la gravité de la complication, mais tous peuvent manquer. On conçoit très-bien comment une fièvre légère a pu avoir une terminaison aussi fâcheuse. Une seule plaque peut, la maladie s'étendant en profondeur, devenir le siége d'une ulcération, puis d'une perforation; or, cette plaque, que nous supposons seule malade, n'a dû donner lieu, avant la perforation, qu'à des désordres fonctionnels peu graves.

Les symptômes que je viens de parcourir ne se trouvent réunis en grand nombre que dans les formes les plus graves de la dothinentérie; mais presque toujours, dans les fièvres les plus légères, quelques-uns viennent éclairer le diagnostic; il est des cas cependant où la fièvre peut seule faire soupçonner la lésion. Bien des malades se sont présentés à l'Hôtel-Dieu avec la fièvre et aucun autre signe de dothinentérie; dans ces cas difficiles, M. *Chomel* examinait avec la plus scrupuleuse attention toutes les fonctions, tous les organes accessibles aux sens; et si aucun ne lui paraissait affecté, alors par exclusion il diagnostiquait la fièvre typhoïde; et quand la mort a eu lieu, l'autopsie a rarement démenti son diagnostic.

Traitement. L'obscurité des causes étant bien constatée, évidemment ce n'est pas là que le médecin pourra puiser des indications. Privé de cette base importante du traitement, les symptômes pourront encore lui fournir quelques données utiles. Or, au milieu des modifications que subissent presqu'à chaque instant les symptômes de la dothinentérie, on peut saisir dans sa marche générale deux états bien différens: 1°. au commencement de la maladie, symptômes inflammatoires, pouls fort, dur, fréquent; peau chaude;

céphalalgie ; quelquefois douleur dans différens points de l'abdomen ; 2°. à une époque avancée, pouls petit, faible, rare, peau froide, non pas toujours, mais dans un assez grand nombre de cas ; le plus souvent à cette époque aucune douleur ne se fait sentir.

Pendant la première époque, la saignée est indiquée par les symptômes, et l'expérience a démontré qu'elle n'était pas tout à fait inutile. Dans les observations de M. *Louis*, on voit la mortalité un peu moins considérable chez ceux qui avaient été saignés au début, que chez ceux qui ne l'avaient pas été ; la différence est bien peu considérable, mais enfin elle est réelle. Une saignée devra donc être faite au début : en général, elle sera peu abondante, et d'ailleurs proportionnée à la constitution du malade. S'il est robuste, si les symptômes d'éréthisme n'ont pas disparu, on pourra pratiquer une seconde évacuation sanguine, mais pas davantage.

Si étant appelé pour la première fois auprès d'un malade, à une époque déjà avancée, on trouve le pouls petit, la peau froide, le temps de la saignée est passé, il faut s'en abstenir. Des symptômes adynamiques se montrant dès le début n'excluent pas la saignée, à moins que le malade ne soit d'une constitution faible, ou qu'il ait été soumis à des influences débilitantes, telles qu'une alimentation insuffisante, la respiration d'un air insalubre. Un délire violent, même à une époque avancée, peut motiver l'emploi d'une évacuation sanguine. Dans plusieurs cas de ce genre, j'ai vu M. *Marion de Procé*, médecin à l'Hôtel-Dieu de Nantes, employer avec avantage une application de sangsues aux tempes ou derrière les oreilles.

La saignée faite au début de la dothinentérie sera secondée par d'autres moyens antiphlogistiques : diète absolue, boissons acidules abondantes, fomentations émollientes sur l'abdomen, lavemens émolliens. Ces moyens doivent être employés seuls jusqu'à l'époque où tous les symptômes d'éréthisme ayant cessé, la prostration extrême restée seule fournit une nouvelle indication : les toniques et les excitans doivent alors être employés ; le malade est sur le point de périr, et l'expérience a prouvé que les toniques peuvent le ranimer. Dans

bien des cas malheureusement cet effet est peu durable ; mais aussi qu'on songe combien étaient faibles les chances de vie avant l'emploi du remède, et je suis convaincu qu'on n'hésitera plus à s'en servir dans des cas aussi graves ; mais il faut l'employer avec une certaine énergie, sans cela il serait insignifiant. Le quinquina, le sulfate de quinine introduits dans l'estomac ou dans l'intestin ; le camphre en lavement, l'eau gazeuse, le vin coupé avec de l'eau, les fomentations avec un vin aromatique sur le ventre, telles sont les principales bases de ce traitement.

M. *Bretonneau* emploie, vers le seizième ou dix-huitième jour, des purgatifs salins, dans le but de favoriser l'expulsion des débris gangréneux qui recouvrent les ulcères intestinaux. Sans doute cette évacuation est une chose désirable ; mais peut-on sans danger déterminer des contractions répétées de l'intestin, à une époque où ses parois sont dans plusieurs points tellement amincies, qu'un léger effort pourrait produire une perforation ?

Les vésicatoires offrent un inconvénient grave : la surface de la plaie a une grande tendance à se gangréner, et par suite à augmenter l'adynamie. Il est cependant un cas où je croirais devoir employer ce remède, c'est celui d'un individu plongé dans un état comateux, dont aucun moyen n'aurait pu le faire sortir.

Si une parotide venait à se développer, on chercherait à y calmer l'inflammation au moyen d'applications de sangsues, de cataplasmes, de fomentations ; et si cependant il s'y développait un abcès, on l'ouvrirait largement, et dans plusieurs points, si cela était nécessaire, pour procurer une issue facile au pus. Le contact de l'urine et des matières fécales pouvant occasioner des inflammations gangréneuses de la peau, on conçoit facilement que les soins de propreté sont d'une grande importance. Une autre précaution n'est pas moins indispensable : pour éviter les ulcérations de la peau qui recouvre le sacrum, il faut, dès que le malade en a la force, qu'il se tienne couché alternativement sur le dos et sur les deux côtés ; mais si la tendance à la gangrène est très-prononcée, elle pourra se manifester

à la fois sur le sacrum et sur les deux trochanters ; alors le décubitus sur le ventre doit être conseillé. Cette position est bien gênante, mais j'ai vu plusieurs malades qui eurent la patience de s'y maintenir, et qui ont réussi de cette manière à empêcher l'extension de la gangrène.

Il me reste à parler d'un remède que j'ai vu employer, sur deux jeunes malades seulement, par M. *Chomel ;* c'est le chlorure de soude. Les deux jeunes gens étaient à l'hôpital en même temps ; chez l'un d'eux, on commença l'administration du chlorure le huitième jour de la maladie, et on la continua jusqu'à la terminaison. L'autre avait été saigné une fois avant son entrée à l'hôpital ; le chlorure de soude lui fut donné depuis le quatorzième jour à partir du début, jusqu'à la fin de la maladie. Tous deux furent très-gravement malades ; ils eurent du délire, de la prostration, une stupeur très-prononcée, qui persista long-temps, surtout chez le premier malade. Tous deux furent guéris. Chez le premier, la guérison fut beaucoup retardée par l'existence de trois ulcérations qui occupaient en même temps la peau du sacrum et celle des saillies trochantériennes. Voici comment le remède fut administré : le dernier malade prenait chaque jour par la bouche, deux gros de chlorure dans cinquante-quatre onces d'eau ; il prenait en outre deux lavemens avec le chlorure, et enfin on plaçait encore sous son lit une certaine quantité de cette même substance, pour qu'il en reçût les émanations. Chez l'autre, la dose de chlorure pris par la bouche n'était que d'un gros, à cause d'une diarrhée considérable, et avait pour véhicule, au lieu d'eau pure, une solution gommeuse : pendant quelques jours de petites doses d'opium furent opposées à ce symptôme. Il prit aussi des lavemens chlorurés, et fut exposé à l'influence des émanations de chlore.

Il faudrait de nouveaux faits pour juger l'action du chlorure de soude ; des deux que je viens de citer, pris isolément, on ne peut tirer aucune conclusion importante.

FIN.

PROPOSITIONS.

I.

Des craquemens humides identiques, sauf l'intensité du bruit, entendus avec l'oreille nue ou à l'aide du stéthoscope, dans presque tous les points d'un des côtés du thorax, révèlent, dans le plus grand nombre des cas, l'existence d'un épanchement pleurétique avec communication entre la cavité de la plèvre et les voies aériennes. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de vérifier la valeur de ce signe, indiqué par M. *Chomel* à ses leçons de clinique.

II.

Quelquefois, malgré des saignées nombreuses et abondantes, les symptômes de la pneumonie persistent, et même s'aggravent de plus en plus; c'est alors que le tartre stibié donné à hautes doses peut être véritablement utile.

III.

Il est rare que la langue devienne rouge dans le cours du traitement d'une pneumonie par le tartre stibié.

IV.

Le râle crépitant qui existe pendant chaque accès d'une pneumonie intermittente, disparaît dans l'apyrexie. M. *Marion de Procé* a plusieurs fois appelé sur ce fait l'attention des élèves qui, comme moi, suivaient ses visites à l'Hôtel-Dieu de Nantes.